

DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE O SISTEMA DE APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS PARA OS COMITÊS DE MONITORAMENTO DE TRATADOS

Aline Albuquerque e Dabney Evans

1 Introdução

Apesar de o sistema de direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) ser composto por instrumentos e órgãos internacionalmente reconhecidos, ele enfrenta um problema que diz respeito ao acompanhamento e à avaliação de direitos humanos, especialmente do direito à saúde estabelecido pelo Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Dentro do sistema de direitos humanos da ONU existem diferentes mecanismos de monitoramento dos direitos humanos, que podem ser classificados como *charter-based bodies* (órgãos extraconvencionais, baseados na Carta da ONU ou deles derivados) e *treaty-based bodies* (órgãos convencionais, estabelecidos por convenções internacionais). Muitas críticas têm sido feitas por pesquisadores sobre o grau de comprometimento dos Estados com a apresentação de relatórios, com as queixas individuais e com outros procedimentos de monitoramento dos direitos humanos. Nesta pesquisa, nos concentramos em um órgão do sistema de apresentação de relatórios.¹ Especificamente, este estudo se baseia nos relatórios que os Estados precisam apresentar ao Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) para análise, de acordo com as disposições do PIDESC. Embora reconhecendo que outros mecanismos de acompanhamento são importantes para garantir a efetivação dos direitos humanos, entendemos que o sistema de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados é fundamental para a cultura dos direitos humanos - principalmente porque organizações não-governamentais compartilham esse mecanismo - e consideramos que ele oferece suporte à participação da sociedade civil no processo de implementação desses direitos.²

Ver as notas deste texto a partir da página 145

Um problema central desse sistema é a falta de orientação sobre recursos materiais e humanos por parte dos organismos de tratados, bem como o descaso do Estado e sua má interpretação sobre o que se espera do processo de apresentação de relatórios. Especificamente quanto ao direito à saúde, os relatórios são uma ferramenta fundamental, mas “são frequentemente incompletos e não seguem um padrão coerente ao discutir as obrigações do Estado decorrentes do Artigo 12” (TOEBES, 1999). Além disso, muitas vezes é possível observar que “em seus relatórios, os Estados-Membros não raro apresentam uma imagem distorcida da situação (de saúde) em seu país, possivelmente a fim de contornar perguntas difíceis do Comitê” (TOEBES, 1999).

Tratar do direito ao mais elevado nível possível de saúde, como no Artigo 12 do PIDESC, traz seu próprio conjunto de desafios. Primeiro, “a questão do monitoramento do direito à saúde levanta mais perguntas do que oferece respostas”, uma vez que vários fatores interferem nisso, como a natureza contenciosa do direito à saúde e a noção de implementação progressiva que orienta a alocação de recursos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A saúde é uma condição humana importante, porque permite o desenvolvimento de todas as capacidades humanas. Segundo Sen, as liberdades e capacidades dependem da materialização da nossa saúde (SEN, 2010). Aqui estudamos em detalhes os processos pelos quais os Estados preparam relatórios, com um olhar voltado à capacitação em nível nacional para o cumprimento do direito à saúde.

Ao considerar esse propósito, o presente estudo pode contribuir para a melhoria da realidade do direito à saúde em todo o mundo, e para testar nossa teoria escolhemos o caso brasileiro. O Brasil é um caso importante, uma vez que ratificou o PIDESC e aprovou uma emenda constitucional³ sobre o direito à saúde. O Supremo Tribunal Federal estabeleceu que o direito à saúde é passível de julgamento, por isso o “modelo brasileiro” “é caracterizado por uma prevalência de reivindicações individuais demandando tratamento médico curativo (na maioria das vezes medicamentos) e por uma taxa de sucesso muito alta para o litigante” (FERRAZ, 2009). Além disso, o Brasil ocupa a 84ª colocação no Índice de Desenvolvimento Humano e seus índices de saúde mostram que o governo brasileiro tem falhado no enfrentamento de determinantes fundamentais da saúde, como nutrição infantil, água potável e condições sanitárias (KLIKSBURG, 2010). Os indicadores de saúde e o aspecto obrigatório do direito à saúde que se reflete nas demandas individuais levadas ao Poder Judiciário mostram que o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer em direção à implementação do direito à saúde. Isso também é evidente no fracasso do país em monitorar tal direito por meio de relatórios enviados ao CDESC, assunto que será abordado neste artigo.

Com um olhar voltado para o sistema de relatórios do PIDESC e para o direito à saúde, o presente artigo destaca a falta de estrutura do Estado para lidar com o processo de apresentação de relatórios e especificamente o fato de que não há agência alguma designada com essa finalidade ou recursos humanos qualificados para apoiar essa tarefa. Investigamos o processo por meio do qual o governo brasileiro tem elaborado seus relatórios para o CDESC, bem como se o Brasil vem

ou não implementando as recomendações presentes nos relatórios apresentados ao país pelo Comitê, com especial atenção para o direito à saúde. O processamento dos relatórios dentro do CDESC – incluindo acúmulo de relatórios, fontes de informação, relatores e grupos de trabalho – não faz parte do propósito desta análise. O principal objetivo do estudo é observar e avaliar construtivamente os esforços de participação e cumprimento por parte dos mecanismos estatais brasileiros para melhorar o seu desempenho em direitos humanos, especialmente no que diz respeito ao direito ao mais elevado nível possível de saúde.

A abordagem metodológica foi a seguinte: em primeiro lugar, examinamos como a comparação entre outros países e o Brasil pode levar a uma reflexão sobre o sistema de apresentação de relatórios; em segundo lugar, analisamos entrevistas com atores do governo especializados no processo de apresentação de relatórios, a fim de reunir informações sobre o alcance da elaboração de relatórios e das recomendações subsequentes; e em terceiro, propusemos um modelo para o sistema brasileiro por meio da análise de uma parte específica dos relatórios sobre o direito à saúde apresentados ao PIDESC pelo país; e, finalmente, tratamos do sistema brasileiro de apresentação de relatórios no campo da saúde.

2 Um panorama do sistema mundial de apresentação de relatórios aos comitês de monitoramento de tratados

Antes de lidarmos especificamente com o sistema de apresentação de relatórios do governo brasileiro, uma revisão geral será apresentada. O objetivo é apenas ilustrar como outros países têm lidado com suas obrigações de apresentar relatórios e seguir as recomendações. Este não é um estudo quantitativo, por essa razão não serão feitas grandes inferências com base nisso. A comparação entre os mecanismos de apresentação de relatórios nos possibilita desenvolver descrições contextuais e fazer classificações (LANDMAN, 2002). A descrição contextual permite aprender a respeito de como os países têm enfrentado a obrigação de elaborar relatórios e implementar recomendações de direitos humanos. A classificação pode simplificar o objeto de análise. Nesta seção, serão feitas comparações entre alguns países, focando as semelhanças e diferenças entre suas classificações (LANDMAN, 2002). Começamos com a descrição contextual baseada em nossa pesquisa e, posteriormente, propomos uma classificação.

A fim de adquirir conhecimento sobre o processo do sistema de envio de relatórios em diferentes partes do mundo, Instituições Nacionais de Direitos Humanos (INDHs) foram contatadas por mensagem eletrônica, incluindo o Fórum de Instituições de Direitos Humanos e sua lista global de INDHs.⁴ As INDHs foram escolhidas porque, de acordo com os Princípios Relativos ao Status das Instituições Nacionais (Princípios de Paris), adotados pela Comissão de Direitos Humanos e pela Assembleia Geral da ONU em 1993, essas instituições têm a responsabilidade de contribuir para os relatórios que os Estados devem apresentar aos órgãos da ONU e aos comitês. Na verdade, as INDHs são definidas como organismos estabelecidos pelos Estados em suas constituições, ou por lei ou decreto, e suas funções estão especificamente relacionadas à

promoção e à proteção dos direitos humanos (REIF, 2000). Considerando que as INDH têm responsabilidade específica em matéria de direitos humanos e não têm informações que outros organismos nacionais possuem, elas seriam o melhor interlocutor para obter informações sobre o processo de apresentação de relatórios do país.

A lista de INDHs fornecida pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) inclui 18 INDHs nas Américas, 33 na Europa, 25 na África e 21 na Ásia e no Pacífico. O total é de 90.⁵ Enviamos um questionário com três perguntas a todas as INDHs registradas no Fórum, perguntando: 1) qual agência detém competência e autoridade para fazer e apresentar relatórios ao CDESC; 2) qual agência detém competência e autoridade para realizar o acompanhamento subsequente e medir a implementação das recomendações feitas pelo CDESC; 3) se o Estado tem lei, norma ou política que defina o processo de apresentação de relatórios. O questionário foi enviado em quatro idiomas: inglês, português, espanhol e francês. Nove INDHs responderam ao questionário.

Não é fácil reunir informações das INDHs. Por exemplo, o ACNUDH realizou uma pesquisa por meio de questionários distribuídos para INDHs em todo o mundo, em janeiro de 2009, para colher dados sobre elas. O ACNUDH recebeu respostas de 61 INDHs, das cerca de 90 em todo o mundo: 19 da África, 9 das Américas, 12 da Ásia e do Pacífico e 21 da Europa (UNITED NATIONS, 2009b). Embora a taxa de resposta seja baixa, as respostas vieram de INDHs localizadas nas quatro regiões do mundo: Américas, Europa, África e Ásia e Pacífico. Nas Américas, Paraguai e Peru enviaram informações; na Europa, Portugal e Espanha; na África, Namíbia, Ilhas Maurício e Nigéria; na região da Ásia e Pacífico, Jordânia e Timor Leste. Portanto, considerando o número de INDHs que existem atualmente, os exemplos apresentados neste estudo podem fornecer apenas uma visão limitada dos processos contemporâneos de apresentação de relatórios.

Com base nas respostas ao questionário recebido por 9 INDHs das quatro regiões do mundo sobre a responsabilidade da agência, os resultados mostraram que não há um órgão específico encarregado de fazer e apresentar relatórios ao CDESC, sendo Portugal a única exceção. O Ministério da Justiça e o Ministério das Relações Exteriores têm essa responsabilidade na Nigéria, no Peru e no Timor Leste. O Ministério das Relações Exteriores detém essa responsabilidade na Espanha, no Paraguai e na Jordânia, onde o Comitê de Direitos Humanos integra o processo de apresentação dos relatórios de direitos humanos. Finalmente, nas Ilhas Maurício é a Procuradoria-Geral e na Namíbia é o Ministério da Justiça, em conjunto com a Unidade de Cooperação Internacional.

Apenas Espanha e Portugal revelaram um aspecto que os distingue, no que diz respeito às suas INDHs. Na Espanha, a INDH chamada “Defensor del Pueblo” vem participando do processo de apresentação de relatórios recolhendo dados e contribuindo separadamente com informações sobre o objeto do relatório PIDESC. Por exemplo, durante o processo de elaboração da Revisão Periódica Universal, a INDH reuniu registros de direitos humanos separadamente do

Ministério das Relações Exteriores e produziu seu próprio relatório. Quanto ao relatório PIDESC, a Espanha apresentou o seu ao CDESC e está agora à espera de sua revisão. Em Portugal, a Comissão de Direitos Humanos está ligada ao Ministério das Relações Exteriores e detém a responsabilidade de coordenar o trabalho dos ministérios ligados ao sistema de apresentação de relatórios. A composição da Comissão de Direitos Humanos abrange todos os ministérios envolvidos no processo de apresentação de relatórios. A INDH portuguesa, chamada “Provedor de Justiça”, intervém no processo de apresentação de relatórios por meio do envio de informações à autoridade governamental sobre questões de direitos humanos, da participação nas reuniões da Comissão de Direitos Humanos e da cooperação com as Nações Unidas.

O Timor Leste é um caso específico por ser um Estado recente; sua independência foi estabelecida em 2002 e o país ratificou a maioria dos tratados de direitos humanos em 2003. Por não dispor de recursos humanos e materiais, o Timor-Leste só apresentou dois relatórios para a ONU e ainda não apresentou qualquer relatório PIDESC. O Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos está ajudando o governo do país a acelerar o seu processo de apresentação de relatórios.

Em relação ao acompanhamento ligado à implementação das recomendações feitas pelo CDESC, não há um organismo especial que as monitore. Em alguns Estados há um órgão independente que faz o acompanhamento dessas recomendações. Por exemplo, na Jordânia, além do Ministério das Relações Exteriores, há um Departamento de Direitos Humanos que foi criado dentro dos seguintes Ministérios: Ministério do Interior, Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Trabalho e Ministério da Justiça. Há também um Comitê de Direitos Humanos, que é composto por representantes dos Ministérios citados e cuja responsabilidade é o acompanhamento das recomendações dos organismos internacionais de direitos humanos. Outro caso específico é o Paraguai. Nesse país, há organismos interinstitucionais compostos por pessoas encarregadas da questão de direitos humanos em cada Ministério, coordenadas por estes organismos. Na Espanha, a INDH detém a responsabilidade de fazer o acompanhamento das recomendações do CDESC. Em Portugal, a Comissão de Direitos Humanos detém essa responsabilidade e a INDH portuguesa contribui para ações de acompanhamento desenvolvidas por agentes governamentais.

Quanto à última pergunta, sobre o Estado ter uma lei, norma ou política que defina o processo de apresentação de relatórios, as INDHs responderam que não há uma regra específica ou lei. No entanto, a INDH paraguaia mencionou a Constituição Nacional, que inclui uma ordem jurídica supranacional que garante a validade dos direitos humanos. Na Nigéria, também não há uma lei específica, mas a INDH citou obrigações inferidas a partir de tratados da ONU. Embora as INDH da Espanha e de Portugal tenham respondido que não existe uma lei específica ou regra sobre o processo de apresentação de relatórios, há organismos especiais que possuem competências para elaboração de relatórios de direitos humanos e acompanhamento de recomendações. Como resultado, existem regras específicas que estabelecem tais responsabilidades. Como podemos ver, a maioria dos Estados

não tem lei específica ou regra, mas alguns deles têm regras específicas que estão relacionadas a órgãos independentes no campo dos direitos humanos.

Estudos sobre o processo de apresentação de relatórios dos Estados são escassos, especialmente pesquisas sobre órgãos governamentais e regras relativas a esse assunto. Por conseguinte, no contexto de novas áreas de pesquisa, o mapeamento de dados é extremamente importante porque permite a construção de um panorama sobre o tema. Tendo em conta esses aspectos, é possível perceber que, em diferentes partes do mundo, enquanto alguns Estados vêm tentando cumprir suas obrigações relativas aos tratados de direitos humanos, a maioria deles não conta com agência ou regra específica. Por isso, há exemplos como Espanha e Portugal, onde as INDHs têm um papel distinto na divulgação de processos e acompanhamento das recomendações. O governo da Jordânia tem feito esforços para melhorar a influência dos direitos humanos em organismos estatais.

Neste sentido, os países podem ser classificados como tendo: um sistema de apresentação de relatórios baseado em uma agência específica ou um sistema baseado em agências gerais, pressupondo que o primeiro sistema tenha uma ligação mais forte com a cultura dos direitos humanos, e o segundo, um elo mais fraco. O modelo brasileiro do processo de apresentação de relatórios pode ser enquadrado como um processo com base em agências gerais. Consequentemente, o governo brasileiro deveria tomar providências em relação a esse modelo, como Espanha e Portugal vêm fazendo.

3 Estudo de caso: o sistema de apresentação de relatórios do Estado brasileiro

Não temos conhecimento de nenhuma outra pesquisa que tenha tentado fornecer uma descrição contextual sobre o sistema brasileiro de apresentação de relatórios e que incluísse a elaboração do processo e as recomendações de acompanhamento. Assim, tivemos que realizar um estudo para obter tais informações. Dado o desenho da pesquisa, três questões foram definidas: 1) se há um processo-padrão para a apresentação de relatórios; 2) determinar se esse processo é necessário para delinear o processo de apresentação de relatórios e para fazer medições; 3) se o Estado brasileiro vem seguindo as recomendações do CDESC.

Em relação aos participantes do nosso estudo, três agentes governamentais brasileiros foram recrutados com base em seus conhecimentos sobre questões de direitos humanos, em sua experiência concreta sobre o sistema de apresentação de relatórios e em sua experiência governamental.⁶ O único foco da pesquisa foi reunir informações sobre o processo brasileiro de apresentação de relatórios e, por conta do seu objetivo ser limitado, aplicamos a seguinte metodologia: primeiro, identificamos os conteúdos das respostas relacionados às nossas perguntas; em seguida, considerando tais conteúdos, identificamos quatro problemas comuns entre os três agentes governamentais: 1) o atual processo de apresentação de relatórios; 2) a lacuna normativa; 3) o organismo específico; 4) o acompanhamento das recomendações do comitê PIDESC; 5) em seguida, analisamos tais questões. Além disso, organizamos as respostas a partir dos temas e, finalmente, propusemos um modelo para o sistema brasileiro.

3.1 Considerações dos agentes governamentais

a) O atual sistema de apresentação de relatórios

Segundo o agente governamental 1, a partir de agora referido como AG1, a Secretaria Nacional de Direitos Humanos tem a responsabilidade de coordenar o processo de apresentação de relatórios de direitos humanos, e o Ministério das Relações Exteriores desempenha um papel secundário nesse processo. Como regra, o Secretário de Direitos Humanos convoca uma série de reuniões com todos os órgãos governamentais que têm envolvimento temático com o relatório. O Ministério das Relações Exteriores incide sobre os aspectos processuais e o Secretário de Direitos Humanos, sobre os aspectos essenciais do processo de apresentação de relatórios. No entanto, apesar de o Ministério das Relações Exteriores saber que é obrigação do governo brasileiro apresentar relatórios periódicos, ele não tem o poder de impor esse dever a outras agências, pois não há uma lei ou um decreto que estabeleça esse dever. Então, AG1 sugere que o Ministério das Relações Exteriores desenvolva uma política interna e um diálogo político, mostrando a todas as agências e aos organismos envolvidos que o relatório é um compromisso do Estado e que o não envolvimento do Brasil pode levá-lo a ser visto com maus olhos no cenário internacional.

Além disso, AG1 apontou que, em relação ao mais recente relatório PIDESC, a maioria dos organismos envolvidos não tinha clareza de sua tarefa e, como resultado, houve discrepância entre as informações fornecidas pelos diferentes organismos e agências. Além disso, de modo geral, os órgãos envolvidos têm visto a apresentação de relatórios simplesmente como um processo de prestação de contas; sem entender essa questão de maneira integral, os agentes não conseguiram ampliar sua percepção.

Com relação ao agente governamental 2, a partir de agora designado AG2, este declara que o Secretário Nacional de Direitos Humanos vem coordenando o processo de apresentação de relatórios juntamente com o Ministério das Relações Exteriores. Desde 2003, o Secretário de Direitos Humanos não conta com pessoal encarregado da elaboração de relatórios, por isso tem contratado consultores externos para realizar tal tarefa. Na opinião de AG2, essa solução não tem funcionado porque os consultores não têm conhecimento satisfatório das políticas e dos programas públicos, assim como também não têm autoridade para exigir informação oficial. Em alguns momentos, eles produziram relatórios mais semelhantes a relatórios-sombra. Apesar de reconhecer os problemas relacionados a recursos humanos, a Secretaria de Direitos Humanos ainda não resolveu esta questão. Consequentemente, alguns relatórios brasileiros sofreram atrasos, como o relatório PIDESC. No passado, de acordo com AG2, os relatórios apenas refletiam políticas e programas governamentais, raramente apresentando resultados, desafios e informações negativas. Quanto ao processo de elaboração de relatórios passados, ele ressaltou que cada processo de apresentação exigiu novos esforços para conscientizar as pessoas sobre as obrigações de direitos humanos, devido à rotatividade de pessoal. Muitos órgãos e agências brasileiras não têm consciência da importância da cultura de direitos humanos. Como resultado, eles consideram que esses direitos não têm nada a ver com o seu trabalho regular. Tratam os direitos

humanos como uma questão referente apenas à Secretaria Nacional de Direitos Humanos e não os enxergam como um tema transversal. Além disso, consideram o compromisso internacional como um dever do Estado e, conseqüentemente, como não sendo sua obrigação.

O agente governamental 3, a partir de agora referido como AG3, observou que, em termos gerais, as agências e os organismos envolvidos no processo de apresentação de relatórios não são capazes de identificar informações relevantes ou seu papel no sistema de apresentação. Muitas vezes, as agências e os organismos enviaram informações incorretas porque estas não eram consideradas estratégicas ou foram simplesmente copiadas de documentos já existentes. Também, por vezes, enviaram informações sobre políticas e programas sem se referir a seus objetivos ou resultados. AG3 sublinha que o processo de apresentação de relatórios é demorado e custoso, principalmente porque exige a participação de grande parte dos ministérios brasileiros. Ele destaca as dificuldades do pioneirismo da cultura de direitos humanos dos Poderes Legislativo e Judiciário, bem como dos Estados e municípios. Além disso, AG3 destaca que o processo de apresentação de relatórios não tem uma metodologia para a coleta de informações e o contato com os órgãos e entidades envolvidos; por essa razão, o processo torna-se não profissional e caracterizado por procedimentos indesejáveis.

b) Órgão específico que detém a responsabilidade de coordenar o sistema de apresentação de relatórios

Em relação à necessidade de criar um órgão específico com competência para coordenar o sistema de apresentação de relatórios e o acompanhamento das recomendações do CDESC, AG1 sugere um grupo de trabalho permanente, o qual poderia ser estabelecido por uma norma administrativa e deveria ser composto por profissionais qualificados. Na opinião de AG1, o processo de apresentação de relatórios exige recursos humanos e materiais adequados e requer tempo. É difícil para órgãos e agências governamentais perceberem o impacto positivo da apresentação de relatórios das suas próprias atividades. Igualmente importante, por conta das suas tarefas do dia a dia, é o fato de que eles não têm tempo suficiente para preparar informações precisas.

AG2 afirma que um organismo específico é um pré-requisito, pois reúne todas as entidades e órgãos envolvidos no processo de apresentação de relatórios. Uma vez que a informação é indispensável para qualquer relatório, um órgão ou grupo de trabalho é essencial para disseminar a ideia de que a apresentação dos relatórios é uma obrigação do Estado. Como consequência, todas as agências e os organismos devem estar comprometidos em fornecer informações precisas, sendo este o aspecto mais difícil do processo. AG2 observou que, em 2002, o Poder Executivo Federal criou uma Comissão de Tutoria de Direitos Humanos, com responsabilidades relacionadas ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos, mas essa comissão nunca funcionou (BRASIL, 2002).

AG3 afirma que é crucial a criação de um organismo com tal responsabilidade. Ele propõe uma comissão interministerial composta por representantes de ministérios e demais órgãos. Além disso, esse organismo deve

unificar todo o processo de elaboração de relatórios e acompanhamento das recomendações. É necessário institucionalizar o processo de apresentação de relatórios. No entanto, a mera criação de um novo organismo não é suficiente, pois experiências passadas mostram que o compromisso político é essencial. Agentes públicos e do governo têm que conduzir esse tipo de tarefa dentro de sua rotina de trabalho por meio de regras e procedimentos formais.

c) Falha normativa: a fragilidade do atual processo de apresentação de relatórios do governo brasileiro

AG1 afirmou que a lacuna normativa torna fraco o atual processo brasileiro de apresentação de relatórios. O Ministério das Relações Exteriores e a Secretaria de Direitos Humanos não têm poder suficiente para exigir informações de outros órgãos e entidades. Assim, é necessária a adoção de medidas legislativas. Caso contrário, torna-se difícil exigir informações. Medidas legislativas envolvem a institucionalização do processo de apresentação de relatórios, o que significa que as regras ou a lei devem regular, como diretrizes das autoridades, o comportamento social no contexto do Estado. Além disso, AG1 sugeriu que um manual poderia ser desenvolvido pelo Estado brasileiro, a fim de padronizar os procedimentos governamentais relacionados ao processo de apresentação de relatórios ao comitê. A institucionalização levará a um melhor cumprimento das obrigações dos tratados e permitirá que órgãos e agências aproveitem melhor o processo de apresentação de relatórios. AG1 reconhece que iniciar o processo requer um capital político, mas esse esforço deve ser feito, pois atualmente o comportamento transparente dos Estados não é suficiente; mecanismos e ferramentas são necessários para aumentar a proteção aos direitos humanos.

De acordo com AG2, é necessária uma lei para a interiorização das decisões judiciais ou recomendações sobre direitos humanos, não apenas para as recomendações da ONU, mas também para as da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Corte Interamericana de Direitos Humanos.⁷ O secretário de Direitos Humanos, consciente de sua responsabilidade, estabeleceu em 2010 um grupo de trabalho para discutir uma proposta de institucionalização de mecanismos internos de monitoramento dos direitos humanos, mas o grupo não foi bem-sucedido.⁸ Quando há pessoas engajadas, o resultado quase sempre é satisfatório; caso contrário, o resultado é insuficiente. Essa falta de institucionalização demonstra a falta de prioridade a este tema dentro do governo brasileiro, visto que envolve compromisso político e implica a alocação dos recursos financeiros necessários, pessoal qualificado e uma equipe permanente.

AG3 salienta que, embora possamos considerar os tratados de direitos humanos como norma jurídica interna, uma regra específica é necessária para traduzi-los em comandos concretos. O Brasil se comprometeu a apresentar relatórios anuais ao Conselho de Direitos Humanos, bem como a criar ferramentas internas para o monitoramento nacional dos direitos humanos.⁹ O país adotou o Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos em 2009, e este estabelece que o Poder Executivo Federal, através da Secretaria de Direitos Humanos, deve elaborar relatórios periódicos para submetê-los às comissões da ONU e institucionalizar o

fluxo de informações por organismos definidos e agências responsáveis por esboços de relatórios e pelo acompanhamento das recomendações. Dado o modelo político, AG3 aponta que, de fato, existem regras no Brasil, mas que elas não são capazes de impor ordens para os Estados e os municípios. AG3 afirma que, tendo em conta os compromissos internacionais e as realizações internas no campo dos direitos humanos, é possível perceber que o governo brasileiro adota um padrão duplo. Por um lado, assumiu compromissos sólidos, mas por outro lado, tem falhado ao não adotar medidas legais e administrativas para cumprir as suas obrigações no campo dos direitos humanos.

d) Acompanhamento subsequente das recomendações da Comissão de Direitos Humanos

De acordo com AG1, o Estado brasileiro não tem um mecanismo formal e institucionalizado para abordar o tema dos direitos humanos. Consequentemente, o governo brasileiro não tem avaliado as recomendações do CDESC e muito menos as tem incorporado em programas, políticas e leis. AG1 enfatiza uma exceção: as recomendações do comitê foram levadas em consideração durante o processo de elaboração do Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos. Apesar dessa experiência bem-sucedida, AG1 lembrou a necessidade de constituir um organismo específico para lidar com as tarefas de acompanhamento. Esse organismo teria a responsabilidade de examinar as recomendações do comitê e avaliar como elas poderiam ser incorporadas em programas, políticas e regulamentos.

AG2 aponta que, até o Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos, o governo brasileiro não havia sistematizado as recomendações do comitê. Tais recomendações foram apenas inseridas no Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos; como resultado, AG2 afirma que o controle da implementação das recomendações de direitos humanos está relacionado ao controle da execução do Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos.

3.2 Proposta de modelo para o sistema brasileiro de apresentação de relatórios aos comitês de monitoramento de tratados

A partir da experiência de agentes estrangeiros e representantes do governo brasileiro, proporemos um modelo para o sistema brasileiro de apresentação de relatórios. Inicialmente, ao considerar o sistema baseado em agência específica e o sistema baseado em agências gerais, notamos que o primeiro modelo tem mais capacidade de fortalecer os compromissos de direitos humanos e aprimorar as ações de monitoramento do Estado. Considerando que o sistema baseado em agência específica é mais adequado para a difusão da cultura dos direitos humanos, fundamentaremos nosso modelo nessa concepção.

É possível inferir, a partir de considerações de agentes governamentais, que o modelo deve ser fundado sobre um Comitê Interministerial de Direitos Humanos (CIMDH), composto por membros que representem as principais agências e organismos envolvidos no processo de apresentação de relatórios de direitos humanos, bem como da Instituição Nacional de Direitos Humanos (se existir uma). Isso é

apoiado pelo AG3: “a solução seria a criação de uma comissão interministerial”, e por AG1: “eu acho que deve haver um grupo de trabalho”. Ainda nessa mesma linha, AG2 enfatiza que “um grupo interministerial é necessário”. Tal Comitê Interministerial de Direitos Humanos deve ter responsabilidades mínimas, tais como: 1) coordenar o processo de apresentação de relatórios sobre o cumprimento de tratados de direitos humanos; fazer o acompanhamento das recomendações do CDESC e criar uma metodologia para desenvolver essa tarefa; 2) exigir da União, dos Estados, dos municípios e das entidades não estatais informações e dados relacionados ao processo de apresentação dos relatórios e ao acompanhamento subsequente das recomendações; 3) reunir e sistematizar informações relacionadas ao processo de apresentação dos relatórios e ao acompanhamento das recomendações; 4) gerir um sistema informatizado de dados relacionados aos direitos humanos; 5) convocar reuniões; 6) elaborar relatórios de direitos humanos coordenados por seus representantes; 7) seguir as recomendações feitas pela ONU e por organismos da OEA sobre direitos humanos; 8) apresentar relatórios semestrais sobre as atividades para o Presidente da República; 9) propor medidas legislativas, administrativas e outras para cumprir as obrigações relativas aos direitos humanos. Além disso, o Comitê Interministerial deve ser criado por lei, e não por decreto. Como agentes governamentais têm sugerido, essa comissão deve ter força jurídica e legislativa, bem como poder suficiente para impor obrigações aos Estados e municípios. Isto só é possível por meio de uma lei. AG2 sustenta a seguinte afirmação: “é bom ter uma lei explícita capaz de mostrar que as obrigações de direitos humanos também são um encargo do Estado federal.” Da mesma forma, o CIMDH deve ser coordenado por um representante do Secretário de Direitos Humanos, por conta do seu papel na política nacional de direitos humanos e sua experiência em envolver atores internos. Em especial, AG2 sugeriu: “o grupo deve ser coordenado pelo Secretário de Direitos Humanos, porque tal ministério lida com vítimas e beneficiários de políticas públicas mais de perto.”

O modelo para o sistema brasileiro de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados deveria ser baseado em deveres legais, e, consequentemente, a lei deveria exigir a todas as entidades públicas e privadas que cooperem com o CIMDH. Em particular, a lei deveria estabelecer um Secretário Executivo para dar apoio administrativo e exigir previsão orçamentária para sustentar os recursos humanos e materiais. Embora AG2 trate da eficácia das sentenças condenatórias interamericanas como uma questão correlata, reconhecemos que a lei sobre o CIMDH não cria os mesmos desafios.

Com base nos relatos dos agentes governamentais, afirmamos que uma série de esforços não foi bem-sucedida na tentativa de estabelecer um sistema de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados, o que inclui o grupo de trabalho criado em 2010 pela Secretaria de Direitos Humanos, uma Comissão de Tutoria de Direitos Humanos em 2002 e uma Comissão de Acompanhamento e Monitoramento criada em 2009 no espectro do Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos. Tal programa reconheceu a importância da INDH e incluiu, em sua Diretriz 3 e na Meta Estratégica 2, ferramentas de monitoramento, avaliação e implementação dos direitos

humanos. Chamamos a atenção para o fato de que as Ações Programáticas *b* e *d* tratam do sistema de apresentação de relatórios. Sob essas circunstâncias, devemos questionar se a proposição de mais um organismo seria apenas outra medida legal desconectada de um conjunto de políticas. Responder a essa pergunta presume a execução de um estudo de grandes proporções sobre aspectos de relações de poder, envolvendo aqueles associados com o poder social e econômico (EVANS, 2001). Apesar de reconhecer este fato, devemos levar em conta que a mera proposição de um modelo fundamentado em bases legais é superficial. Todos os agentes governamentais mencionaram elementos políticos: AG1 diz: “a proposição e o sucesso na implementação de um órgão de direitos humanos implica capital político... uma mobilização política”; AG2 afirma: “o Estado tem uma visão de curto prazo, o sistema de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados não é uma prioridade”; AG3 afirma: “o Estado brasileiro tem um discurso internacional construtivo, mas internamente não há nenhuma implementação; há certa inconstância na vontade política”.

Evans desenvolveu três discursos sobrepostos sobre direitos humanos com suas próprias linguagens, conceitos e objetivos normativos: filosófico, jurídico e político (EVANS, 2001). Dado o âmbito deste estudo, vamos lidar com as perspectivas jurídica e política. O discurso jurídico se concentra em um grande corpo de direito internacional, e no centro deste discurso está a Declaração Universal dos Direitos Humanos e os pactos mais importantes. “O discurso jurídico fornece o sinal mais visível de atividade em direitos humanos”, embora a conexão entre os instrumentos legais e a eficácia não seja, necessariamente, clara (EVANS, 2001). O discurso jurídico cria a falsa impressão de que “a proteção dos direitos humanos pode ser garantida desde que tenhamos determinação e bom senso na elaboração e interpretação do direito internacional” (EVANS, 2001). Por um lado, “a lei é o meio por meio do qual se concretizam as aplicações práticas das aspirações em direitos humanos”; por outro lado, os direitos humanos envolvem a comunidade política, dentro da qual devem operar (GEARTY, 2006). O discurso político tenta contextualizar o discurso jurídico (EVANS, 2001). O discurso político está preocupado com as relações de poder, características sociais e econômicas ligadas à esfera dos direitos humanos. Instrumentos de direitos humanos e sua implementação têm origem na política, porque a lei internacional pode exercer influência sobre as práticas estatais, mas a dinâmica central depende das preferências do Estado, no contexto de imperativos externos (GOODMAN; JINKS, 2003). Por exemplo, as questões de direitos humanos podem estar subordinadas aos imperativos da globalização, como os princípios do capitalismo de livre mercado e de progresso econômico. Consequentemente, o potencial dos instrumentos de direitos humanos é muito limitado quando a sua realização depende da capacidade do Estado de intervir em áreas importantes da economia política (EVANS, 2001).

Em suma, um modelo para o sistema brasileiro de apresentação de relatórios sobre cumprimento com base em um projeto de lei para a criação de um Comitê Interministerial de Direitos Humanos é uma medida exclusivamente legislativa; não contempla uma abordagem abrangente

sobre essa questão. Como mostrado anteriormente, é imperativo que haja compromisso político, que deve ser expresso em ações concretas, como a aprovação de leis sobre a criação do CIMDH, sua previsão orçamentária, além de recursos humanos qualificados e habilitados. Destacamos, em termos gerais, que o Estado brasileiro vem adotando um comportamento político ambíguo na área de direitos humanos. No cenário internacional, o Brasil assumiu, em 2008, compromissos voluntários, como a criação do Sistema Nacional de Indicadores de Direitos Humanos e a elaboração de relatórios anuais sobre a situação dos direitos humanos, mas, ao mesmo tempo, não tem uma instituição nacional de direitos humanos ou um sistema organizado de apresentação de relatórios. Criar um CIMDH seria um movimento muito bem-vindo porque mostraria um compromisso com a mudança de comportamento do Brasil em relação aos direitos humanos.

3.3 Monitoramento do direito à saúde no Brasil com base no sistema de apresentação de relatórios aos comitês de monitoramento de tratados

3.3.1 Parâmetros CDESC

Escolhemos o direito à saúde para ilustrar o problema abordado neste estudo: o sistema brasileiro de apresentação de relatórios do Estado aos comitês de monitoramento de tratados. O direito à saúde foi escolhido porque impõe desafios relativos à implementação e monitoramento de direitos econômicos, sociais e culturais.¹⁰ Além disso, é um fato que seu conteúdo é impreciso, apesar dos esforços feitos pela CDESC, através do Comentário Geral N° 14 (2000), para demarcar o direito à saúde (RIEDEL, 2009). Adicionalmente, saúde é uma ferramenta essencial e fundamental para que as pessoas usufruam de outros bens e direitos humanos, incluindo o direito a comida, moradia, trabalho, educação, dignidade humana, vida, não discriminação, igualdade, proibição da tortura, privacidade, acesso à informação e à liberdade de associação, assembleia e movimentação (UNITED NATIONS, 2000).

O direito à saúde no Brasil é um tema difícil de abordar, porque o caso brasileiro é paradoxal. Por um lado, há significativa jurisprudência no que diz respeito ao direito à saúde e à obrigação do Estado de supri-lo, principalmente com relação a tratamentos e novos medicamentos. Por outro lado, há muitas questões não resolvidas, como a ausência, no Ministério da Saúde, de um sistema organizado de apresentação de relatórios. Como consequência da falta de um comitê brasileiro específico para o monitoramento dos direitos humanos, enfrentamos sérios problemas com o atendimento médico básico, além de deficiências injustificáveis nos serviços de saúde e altas taxas de mortalidade infantil e materna (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Temos certeza de que, com a melhoria no sistema de apresentação de relatórios no Brasil, incluindo a qualidade destes e o monitoramento das observações finais feitas pelo comitê do PIDESC, o Brasil pode “conduzir uma

revisão abrangente das medidas que tomou para alinhar suas leis e políticas nacionais com as disposições dos tratados dos quais faz parte” (STEINER; ALSTON; GOODMAN, 2008).

Com base nos relatórios do PIDESC, procuramos analisar os relatórios brasileiros, especificamente a parte que trata do direito à saúde e das recomendações do CDESC. Tal análise leva em consideração o Comentário Geral Nº 14, que destaca a implementação do direito ao nível mais elevado possível de saúde, e o Artigo 12 do PIDESC, que “constitui o mais abrangente artigo sobre o direito à saúde nas leis internacionais de direitos humanos” (UNITED NATIONS, 2000). Adicionalmente, a análise leva em conta as Diretrizes Gerais Revisadas acerca da forma e do conteúdo dos relatórios a serem submetidos pelos Estados-Membros sob os Artigos 16 e 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: 17/06/91 e as Diretrizes do CDESC para documentos de Tratados Específicos a serem submetidos por Estados-Membros nos termos dos Artigos 16 e 17 do PIDESC, elaboradas em 24 de março de 2009.¹¹

O Comentário Geral Nº 14 é um documento fundamental, já que “é baseado na experiência do comitê em examinar relatórios dos Estados-Membros ao longo de vários anos” (UNITED NATIONS, 2000). Para os objetivos do presente estudo, nos concentramos mais no Comentário Geral Nº 14 do que nas Diretrizes Gerais Revisadas e nas Diretrizes CDESC para Documentos Específicos de Tratados, já que estas foram adotadas em 2009, após a apresentação dos relatórios brasileiros ao CDESC.

O CDESC fornece diretrizes para orientar os Estados-Membros quanto à forma e ao conteúdo dos seus relatórios, de modo a facilitar a sua preparação e garantir que sejam abrangentes e apresentados de maneira uniforme. Assim, as diretrizes, em última análise, têm por objetivo padronizar os assuntos e o estilo dos relatórios e assegurar que eles apresentem um nível adequado de informação.

Ao considerar as diretrizes do CDESC à luz do Comentário Geral Nº 14, percebemos que alguns elementos foram ressaltados pelo comitê, tais como: 1) em geral, a obrigação fundamental de adotar e implementar uma estratégia de saúde pública e um plano de ação de abrangência nacional; 2) fornecer informações sobre as medidas tomadas para assegurar acessibilidade física e econômica, aceitabilidade e qualidade; 3) fornecer informações sobre as medidas tomadas com relação a: obrigações fundamentais relativas a assistência médica reprodutiva, materna e infantil (pré-natal e pós-natal); saneamento e fornecimento adequado de água segura e potável, imunização contra as principais doenças infecciosas presentes na comunidade; fornecimento de medicamentos essenciais; 4) questões específicas de saúde: abuso de álcool e tabaco e o uso de drogas ilícitas e outras substâncias nocivas; HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis e doenças mentais.

Salientamos que a avaliação do relatório de um Estado com relação ao Artigo 12 do PIDESC deveria levar em consideração as diretrizes do CDESC e o Comentário Geral Nº 14, principalmente os aspectos que enfatizamos previamente. Para tanto, começaremos com o relatório brasileiro relativo ao Artigo 12 e as recomendações do CDESC.

3.3.2 Os relatórios brasileiros e as recomendações do CDESC: uma visão crítica e construtiva

Analizamos os dois relatórios brasileiros submetidos ao CDESC, o primeiro em 2001 e o segundo em 2007. Nossas análises se concentraram no Artigo 12, o direito à saúde, e foram estruturadas de acordo com os conteúdos dos relatórios e baseadas no Comentário Geral Nº 14. Levamos em consideração os aspectos ressaltados previamente. Portanto, em termos metodológicos, seguimos a configuração dos relatórios e os aspectos do Comentário Geral Nº 14, como se pôde observar.

O Brasil apresentou seu relatório inicial nos termos dos Artigos 16 e 17 do PIDESC em agosto de 2001; consequentemente, o CDESC mencionou a entrega atrasada do relatório e a ausência de respostas por escrito à sua lista de questionamentos.¹² O primeiro esboço do relatório foi preparado com base no trabalho elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Com relação ao Artigo 12, o relatório é excessivamente longo e prolixo. De acordo com a ONU, documentos específicos de tratados iniciais não deveriam exceder 60 páginas.¹³ Há 46 páginas relacionadas somente ao Artigo 12, com uma série de programas e políticas, tabelas e muitos detalhes sobre preocupações médicas e doenças específicas. Em primeiro lugar, ressaltamos que o relatório não segue uma sistematização lógica, com diferentes assuntos sendo tratados na sequência e um mesmo tópico sendo mencionado em parágrafos desconectados. Por exemplo, os parágrafos 558 e 614 mencionam a Lei Brasileira de Saúde.¹⁴ Além disso, ele não apresenta indicadores e resultados desagregados e, portanto, os bens, serviços e instalações de saúde não são avaliados de acordo com a estrutura AAAQ.^{15 16}

O relatório começa com uma referência geral às principais leis e normas de funcionamento, sem abordar seu conteúdo nem mencionar estratégias nacionais de saúde ou planos de ação nacionais. O relato é baseado em doenças, por isso começa com doenças transmissíveis, do parágrafo 578 ao parágrafo 593, e continua com uma lista de doenças transmissíveis reemergentes, como AIDS, hantavirose e febre amarela. Além disso, o relatório alude ao Programa Nacional de Imunizações, que contém resultados e algumas medidas relacionadas à alocação de recursos, sem contextualizá-los nas estratégias de saúde e planos de ação nacionais e sem mostrar sua eficácia em termos do direito à saúde.

Uma grande parte do relatório abrange a descrição de políticas públicas, muitas delas sem detalhes, como a referência ao processo de formação do consórcio intermunicipal. Do mesmo modo, o relatório não trata do direito a bens, serviços e instalações de saúde. Como resultado, não há dados sobre as disposições acerca do acesso igualitário e oportuno a serviços de saúde preventivos, curativos e de reabilitação e a educação em saúde.

Com relação a tópicos especiais para aplicação abrangente, como não discriminação e igualdade de tratamento do ponto de vista de gênero, crianças e adolescentes, idosos, deficientes e povos indígenas, o relatório menciona os idosos, mas cobre apenas a promulgação de Lei Federal Nº 8.842, em janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Com referência às obrigações fundamentais, salientamos que o relatório não cobre: o direito ao acesso a bens, serviços e instalações de saúde de forma não discriminatória; a assegurar o acesso a alimentação adequada; a ter assegurado o acesso a abrigo, habitação e saneamento básico e a um suprimento adequado de água segura e potável; a fornecer medicamentos essenciais; ao provimento igualitário de todos os bens, serviços e instalações de saúde; e à adoção e implementação de uma estratégia nacional e um plano de ação de saúde pública. Entretanto, o relatório alude a alguns exemplos dos efeitos das atividades de saneamento na saúde.

Além disso, o relatório enumera novamente uma lista de doenças. Portanto, notamos que ele se concentra em doenças e medidas gerais adotadas para combatê-las. Ao final, o relatório enumera alguns mecanismos adotados para disseminar o direito à saúde, como, por exemplo, o Canal Saúde,¹⁷ mas não vincula seu conteúdo ao contexto dos direitos humanos ou à obrigação dos Estados de garantir educação e acesso à informação no que diz respeito aos principais problemas de saúde da comunidade, incluindo métodos de prevenção e controle.

Com relação ao relatório inicial do Brasil, referente apenas ao Artigo 12, podemos afirmar que:

- 1) foi adotada uma abordagem centrada em doenças (BUSS; PELLEGRINI, 2007); há uma lista de doenças no início e no fim. Portanto, podemos inferir que, a partir do foco na doença, a saúde foi entendida como ausência de doenças e o direito à saúde, como o direito a ser saudável, diferentemente do direito à saúde como o direito a desfrutar de uma variedade de bens, serviços, instalações e condições necessárias para atingir o mais elevado nível possível de saúde (UNITED NATIONS, 2000);
- 2) o relatório limita-se a listar ou descrever instrumentos legais e administrativos e não indica como tais medidas impactaram a saúde da população;
- 3) o relatório não reconhece problemas e desafios relacionados à implementação do direito à saúde; o Brasil não se esforçou para relatar quaisquer “fatores e dificuldades” que porventura tenham afetado a concretização do direito à saúde, tais como corrupção e más práticas de gestão (ALSTON, 1997);
- 4) o relatório não menciona as populações vulneráveis conforme exigido, tais como povos indígenas, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, minorias como as comunidades quilombolas, e não adota uma abordagem não discriminatória e de igualdade de tratamento, nem uma perspectiva de gênero;
- 5) o relatório não alude às estratégias nacionais de saúde e não identifica indicadores e parâmetros apropriados de direito à saúde;
- 6) o relatório não fornece informações sobre treinamento apropriado de profissionais de saúde, incluindo educação em saúde e direitos humanos.

Corroborando nossa análise, o CDESC pede que o Estado-Membro inclua em

seu segundo relatório periódico informações detalhadas e abrangentes, incluindo dados discriminados e comparações estatísticas, bem como informações sobre medidas tomadas para aprimorar o funcionamento dos serviços para crianças e jovens. Adicionalmente, o CDESC recomenda que o Estado-Membro tome medidas urgentes para assegurar a igualdade de oportunidades para afro-brasileiros, povos indígenas e outros grupos minoritários, tais como ciganos e quilombolas, principalmente nas áreas de emprego, saúde e educação. O comitê pede que o Brasil tome medidas legislativas, dentre outras, para proteger as mulheres dos efeitos do aborto clandestino e inseguro e para assegurar que mulheres não recorram a tais procedimentos danosos. O CDESC pede que o Brasil forneça, em seu próximo relatório periódico, informações detalhadas sobre dados comparativos a respeito de mortalidade materna e aborto e também recomenda que o país mantenha seus esforços de prevenção e assistência na área de saúde, fornecendo serviços de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase especial nos serviços para mulheres, jovens e crianças.

O Brasil apresentou seu segundo relatório nos termos dos Artigos 16 e 17 do PIDESC em agosto de 2007, mas deveria tê-lo apresentado em junho de 2006.¹⁸ O segundo relatório brasileiro sobre a implementação do PIDESC foi preparado por um Grupo de Trabalho intersetorial coordenado pelo Ministério das Relações Exteriores, pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Com relação ao Artigo 12, o relatório não começa mencionando aspectos gerais sobre o direito à saúde, como estratégias de saúde e planos de ação nacionais, mas sim cobrindo as principais causas de morte, tais como neoplasias e doenças respiratórias. Em seguida, aborda a taxa de mortalidade entre crianças e, então, aspectos nutricionais e mortalidade materna. Portanto, entendemos que, diferentemente do relatório inicial, este não tem uma estrutura lógica e as informações não fluem de uma seção para a outra.

O relatório menciona as taxas de mortalidade infantil e a materna, mas não as discrimina por sexo, idade e grupos populacionais, somente por região. O relatório reconhece as mortalidades infantil e materna como ainda representando uma séria preocupação de saúde, mas não aponta medidas para enfrentar esse problema.

Além disso, o relatório aborda as “medidas adotadas para a implementação progressiva do direito à saúde”. Ele começa com o artigo da Constituição Federal e conceitos teóricos de equidade em saúde e suprimento de assistência integral. Em seguida, trata novamente de mortalidade infantil e também da vigilância de saúde e do Sistema de Laboratórios de Saúde Pública. Ele não mostra resultados de saúde ou impactos na população ou qualquer informação sobre a situação *de facto* com respeito à implementação do direito à saúde. Verificamos que o principal foco do relatório foi mostrar investimentos públicos e medidas formais, em detrimento de mostrar como esses esforços foram articulados para mudar as condições de vida da população.

Tendo em vista a assistência médica primária, o relatório aponta melhorias significativas na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Conquanto o relatório apresente dados de disponibilidade e acessibilidade física, muito embora

não discriminados, ele ainda se concentra nas informações *de jure*, como, por exemplo, metas de programa e investimentos. Considerando-se todos os programas e políticas, não há dados sobre disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (a chamada estrutura AAAQ). Há somente informações gerais, não discriminadas, sobre disponibilidade.

Para além disso, o relatório apresenta informações *de jure* sobre políticas nacionais. Com relação à assistência médica reprodutiva, materna (pré-natal e pós-natal) e infantil, o relatório apresenta medidas legais e administrativas. Contudo, não fornece informações sobre as medidas sendo tomadas para identificar e combater as altas taxas de mortalidade materna, principalmente nas regiões mais remotas, onde o acesso a unidades de saúde é muito restrito, conforme solicitado pelo CDESC ao Brasil em sua lista de questionamentos.

Com relação a grupos vulneráveis, o relatório se refere, em quatro linhas, aos povos indígenas. Não há nenhuma informação sobre a estrutura AAAQ com relação a bens, serviços e instalações de saúde. O relatório, porém, fornece informações sobre jovens e adolescentes, sobre idosos e sobre a população carcerária e demonstra que há políticas públicas e programas direcionados a tais grupos. Podemos notar aqui uma melhora em relação ao relatório inicial.

Em saúde mental, abuso de álcool e de tabaco e uso de drogas ilícitas e outras substâncias nocivas, o relatório remete a uma série de políticas e programas públicos. No entanto, não há informações sobre disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de bens, serviços e instalações de saúde, tampouco dados estatísticos.

O segundo relatório brasileiro apresenta melhoras em relação ao primeiro, especificamente se levarmos em consideração os seguintes tópicos:

- 1) o segundo relatório não se concentra em doenças, mas sim em políticas e programas gerais;
- 2) o segundo relatório enfatiza as populações mais vulneráveis, embora não dê a devida atenção a povos indígenas e afro-brasileiros;
- 3) o segundo relatório expõe mais os obstáculos a serem superados para se chegar a mudanças efetivas, tais como redução da mortalidade infantil e revisão da legislação atual centrada na criminalização do uso de drogas.

Ao mesmo tempo, o segundo relatório, diferentemente do primeiro, mantém o padrão não alinhado com os direitos humanos. Em outras palavras, o direito à saúde não é entendido como o direito de usufruir de uma variedade de bens, serviços, instalações e condições necessárias para se atingir o mais elevado nível possível de saúde. Consequentemente, resumimos os pontos-chave:

- 1) a estrutura AAAQ é ignorada. Por exemplo, não há informações sobre disponibilidade, acesso da população, qualidade e aceitabilidade dos serviços de saúde;
- 2) em termos gerais, o relatório não vai além de descrever as formalidades

legais da situação e não fornece dados estatísticos, indicadores de direito à saúde ou parâmetros;

- 3) apesar de mostrar mais desafios e dificuldades, o segundo relatório não aborda suficientemente problemas estruturais, quais passos necessários não foram dados e por que é importante implementar o direito à saúde (WISEBERG, 1997). Por exemplo, um dos problemas de saúde mais sérios no Brasil e que não foi mencionado são as longas filas que a população precisa enfrentar para ter acesso a serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2009);
- 4) embora notemos um tratamento mais abrangente para as populações vulneráveis, o relatório não fornece informações precisas sobre povos indígenas ou afro-brasileiros. Por exemplo, desde 1999 há um Subsistema de Saúde específico para povos indígenas e uma série de medidas para lidar com tais comunidades;
- 5) o relatório não faz qualquer menção a plano ou estratégia de saúde nacional, ou qualquer esboço legal;
- 6) o relatório não traz dados desagregados e comparativos;
- 7) não se faz referência ao direito a um ambiente de trabalho saudável nem ao direito a instalações, materiais e serviços de saúde.
- 8) o relatório não lida com não discriminação, igualdade de tratamento e perspectiva de gênero;
- 9) com relação às obrigações fundamentais, percebemos que algumas delas não são abordadas no relatório, tais como medicamentos essenciais, acesso a informações sobre os principais problemas de saúde na comunidade, incluindo métodos de prevenção e controle de tais problemas, e treinamento apropriado para profissionais de saúde, incluindo educação em saúde e direitos humanos.

Finalmente, considerando que o documento deveria incluir informações sobre os passos dados para lidar com as questões levantadas pelo CDESC em suas observações finais no relatório anterior dos Estados-Membros, não há informações precisas sobre:

- 1) medidas para assegurar oportunidades iguais para afro-brasileiros, povos indígenas e grupos minoritários, tais como ciganos e comunidades quilombolas;
- 2) medidas legislativas, dentre outras, para proteger mulheres dos efeitos de abortos clandestinos e inseguros e para assegurar que mulheres não recorram a tais procedimentos danosos;
- 3) medidas para disseminar amplamente as conclusões finais em todos os níveis da sociedade e, em particular, entre oficiais do Estado.

Levando em conta esses aspectos, o CDESC, em sua lista de questionamentos/pendências/observações, questionou o Brasil a respeito da alta taxa de abortos

clandestinos e suas causas, das medidas tomadas para garantir acesso efetivo a bens, serviços e instalações de saúde para os grupos mais vulneráveis, incluindo comunidades indígenas e pessoas de ascendência africana e de medidas preventivas educacionais sendo tomadas para combater o HIV/AIDS e para eliminar a discriminação contra pessoas com HIV/AIDS. O Brasil respondeu a esses questionamentos em sua réplica apresentada em março de 2009 ao CDESC.

Do mesmo modo, devemos lembrar que o CDESC aponta algumas recomendações relacionadas ao segundo relatório, entre as quais, que o Estado-Membro tome todas as medidas apropriadas para lidar com a discrepância entre expectativa de vida e níveis de pobreza das populações negra e branca, através de um foco mais direto em saúde e programas de erradicação da pobreza voltadas para as primeiras. Além disso, o CDESC pede informações atualizadas e dados sobre expectativa de vida discriminados por região e grupo étnico. O CDESC teme que as taxas de mortalidade materna continuem extremamente altas e que o risco de morte materna afete de maneira desproporcional as comunidades vulneráveis, em particular mulheres afro-brasileiras, indígenas e de áreas rurais. De forma idêntica, o CDESC reitera a recomendação feita em suas observações sobre o relatório inicial brasileiro de que o Estado-Membro tome medidas legislativas, dentre outras, para proteger as mulheres dos efeitos de abortos clandestinos e inseguros. Além disso, o CDESC recomenda que o Brasil tome medidas para banir a promoção de produtos do tabaco e aprove leis para garantir que todos os ambientes públicos fechados fiquem completamente livres de tabaco.

À luz deste estudo, salientamos outro aspecto essencial das recomendações do CDESC. O Comitê recomenda que o Brasil leve em consideração o Comentário Geral Nº 14 do Comitê Geral (2000) sobre Direto à Saúde, particularmente os seguintes pontos:

- 1) fortalecer as medidas para reduzir as taxas de mortalidade materna;
- 2) ampliar os investimentos em assistência médica para as populações desfavorecidas;
- 3) assegurar que as pessoas que vivem na pobreza tenham acesso a atendimento médico básico;
- 4) estabelecer sistemas de assistência médica materna baseados na comunidade e sistemas de referência para emergências obstétricas;
- 5) assegurar disponibilidade equitativa de instalações de saúde entre as populações carentes, particularmente instalações obstétricas;
- 6) garantir que as populações economicamente desfavorecidas tenham acesso igualitário à saúde;
- 7) fornecer, no próximo relatório periódico, informações detalhadas e atualizadas, incluindo dados estatísticos e indicadores discriminados, de modo a avaliar o nível de progresso naquela área.

Em suma, observamos que, em ambos os relatórios, o Brasil não levou em conta uma perspectiva de direitos humanos para elaborar seus textos nas partes relativas ao direito à saúde. Como consequência, o Comentário Geral Nº 14 do Comitê Geral (2000) sobre Direito à Saúde não foi considerado como parâmetro ou diretriz para a produção dos relatórios. Ao utilizar o Comentário Geral como um parâmetro, o Brasil poderia dar ênfase nos relatórios, por exemplo, ao uso de indicadores de direitos humanos, desagregados em termos de grupos vulneráveis, para monitorar a implementação dos direitos como obrigação fundamental. Isso também serviria como instrumento de *accountability* e de participação na saúde pública.

Os relatórios apresentam uma descrição narrativa e enfatizam medidas formais e legais, como a adoção de políticas públicas específicas ou programas e investimentos. Em contrapartida, eles não demonstram quão efetivos esses programas e políticas realmente são para a população, em particular para os grupos e regiões mais vulneráveis. Além disso, um ponto-chave relatado é que os recursos alocados não são suficientes. O relatório deve abordar os principais problemas em saúde pública no Brasil, tais como más práticas de gestão, concentração de mercado, corrupção e desvio de recursos públicos. Portanto, concluímos que os relatórios brasileiros precisam melhorar nas partes relativas ao direito à saúde e isto requer uma revisão do seu processo de elaboração, além de demandar uma mudança nas concepções dos profissionais de saúde pública sobre direitos humanos.

4 Conclusões

O processo de elaboração de relatórios é uma grande oportunidade de promover um ambiente favorável aos direitos humanos e provocar mudanças concretas nas práticas de agências e órgãos governamentais. Embora o sistema de envio de relatórios não seja um mecanismo com força legal, seu poder de incomodar e constranger não pode ser negado. Ao reconhecer sua importância para a promoção de uma cultura cosmopolita de direitos humanos e avanços internos, buscamos demonstrar o quão importante é estabelecer um sistema sério e comprometido de elaboração de relatórios, com a participação de todos os órgãos e agências envolvidos no processo de elaboração, incluindo as Instituições Nacionais de Direitos Humanos e, com a coordenação de um corpo único, o Comitê Interministerial de Direitos Humanos.

Em outras palavras, a criação de um sistema de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados baseado numa agência específica é crucial para melhorar as respostas do Estado dirigidas ao Sistema de Direitos Humanos da ONU. Destacamos que o processo de elaboração de relatórios é demorado e caro. Também demanda recursos materiais, profissionais engajados e qualificados, bem como a alocação de um orçamento específico.

Para assegurar esses elementos basilares, é crucial ter comprometimento político, não apenas uma abordagem teórica através de discursos a favor dos direitos humanos, mas também ações práticas, que devem se refletir na aplicação da lei. Medidas legislativas são positivas, porém não são suficientes para enfrentar

problemas estruturais e para causar uma ruptura nas relações de poder. Fica claro que a criação de mecanismos sérios e eficientes e de uma consciência cultural é algo decisivo para garantir os direitos humanos.

Considerando a experiência brasileira relacionada à elaboração de relatórios para o CDESC, especificamente aqueles relativos à saúde, concluímos que há uma lacuna entre os requisitos do CDESC e o conteúdo dos relatórios. Atribuímos essa lacuna à ausência de um sistema de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados no Brasil; em outras palavras, à falta de um Comitê Interministerial de Direitos Humanos em plena operação e à distância entre os órgãos do governo, principalmente aqueles que têm profissionais de saúde pública, e à ausência de um quadro de referência sobre direitos humanos, em particular em relação ao Comentário Geral Nº 14 (2000).

Portanto, o processo de elaboração de relatórios do Brasil tem falhas relacionadas tanto a aspectos processuais como a aspectos substantivos. Com relação aos primeiros, o Brasil deveria adotar uma medida legislativa para a criação de um Comitê Interministerial de Direitos Humanos e o Ministério da Saúde deveria ressuscitar o Comitê de Saúde e Direitos Humanos. Com relação aos aspectos substanciais, esforços devem ser feitos no sentido de elevar o nível de capacitação dos agentes públicos em direitos humanos e de introduzir abordagens baseadas em direitos (BERACOCHEA; WEINSTEIN; EVANS, 2011) no Ministério da Saúde. Caso contrário, o processo de elaboração de relatórios será apenas um procedimento formal e burocrático, apenas “papelada”, como pensam os profissionais de saúde pública, sem nenhum efeito prático. Desta maneira, apesar de o Brasil ser capaz de afirmar na arena internacional que o país vem cumprindo seus compromissos com os direitos humanos, nos perguntamos como esses compromissos vêm sendo implementados.

Salientamos que, na área de saúde pública, o Brasil não tem cumprido satisfatoriamente seus compromissos de apresentação de relatórios sobre cumprimento de tratados. Como consequência, medidas efetivas devem ser adotadas para provar que o compromisso do Brasil com os direitos humanos é mais do que uma estratégia política que visa ocupar espaços internacionais relevantes em uma arena global. Analogamente, Santos (2007) afirma que o Brasil é um “Estado heterogêneo” que age de maneiras contraditórias na área de direitos humanos. As políticas brasileiras são “ambíguas e contraditórias”, existindo agentes do governo que trabalham para o cumprimento das obrigações com os direitos humanos, em alguns casos, enquanto outros os ignoram completamente e desconsideram o compromisso internacional assumido pelo Brasil.

No caso aqui estudado, a ambiguidade brasileira fica evidente. O Brasil se compromete formalmente a criar mecanismos de monitoramento da aplicação dos relevantes tratados de direitos humanos da ONU, tais como o sistema de relatórios do PIDESC, mas depois não institucionaliza o processo de elaboração desses relatórios, nem provê os recursos necessários – materiais ou humanos – para alcançar esse objetivo. Consequentemente, uma considerável oportunidade política de mudar as condições de vida da população, em particular os padrões de saúde de grupos vulneráveis, é colocada em risco.

REFERÊNCIAS

Bibliografia e outras fontes

- ALSTON, Philip. 1997. The purposes of reporting. In: UNITED NATIONS. Office of the High Commissioner for Human Rights. **Manual on human rights reporting: under six major international human rights instruments**. Geneva, Switzerland: United Nations, p. 19-24.
- BERACOCHEA, Elvira; WEINSTEIN, Corey; EVANS, Dabney P. (Eds.). 2011. **Rights-based approaches to public health**. New York, NY: Springer Publishing.
- BRASIL. 1988. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Último acesso em: Dez. 2012.
- BRASIL. 1994. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Último acesso em: Dez. 2012.
- BRASIL. 2002. **Decreto nº 4.433, de 18.10.2002**. Institui a Comissão de Tutela dos Direitos Humanos da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4433.htm>. Último acesso em: Dez. 2012.
- BRASIL. 2003. **Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.683.htm>. Último acesso em: Dez. 2012.
- BRASIL. 2012. **Decreto nº 7.797, de 30 agosto de 2012**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm>. Último acesso em: Dez. 2012.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. 2007. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93.
- DONNELLY, Jack. 1998. **International human rights**. 2nd ed. Boulder, Colo.: Westview Press.
- EVANS, Tony. 2001. **The politics of human right**. London: Pluto Press.
- FERRAZ, Octavio Luiz Motta. 2009. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? **Health and Human Rights: an International Journal**, Boston, MA, v. 11, n. 2, p. 33-45.
- GEARTY, Conor A. 2006. **Can human rights survive?** Cambridge: Cambridge University Press.
- GOODMAN, Ryan; JINKS, Derek. 2003. Measuring the effects of human rights treaties. **European Journal of International Law**, Firenze, v. 14, n. 1, p. 171-183.

- KLIKSBERG, Bernardo. 2010. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde pública. In: SEN, Amartya.; KLIKSBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 139-211.
- LANDMAN, Todd. 2002. Comparative politics and human rights. **Humans Rights Quarterly**, Baltimore, MD, v. 24, n. 4, p. 890-923.
- OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. et al. 2009. **The right to health in Brazil**. 'Right to health – a multi-country study' project, Law School, University of Aberdeen. November, 2009. Disponível em: <<http://www.abdn.ac.uk/law/documents/The%20Right%20to%20Health%20in%20Brazil.pdf>>. Último acesso em: 15 Jan. 2012.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). 2011. Health Information and Analysis Project. **Health situation in the Americas. Basic Indicators**. Washington, DC, 2011. PAHO/HSD/HA/11.01.
- REIF, Linda Christine. 2000. Building democratic institutions: the role of national human rights institutions in good governance and human rights protection. **Harvard Human Rights Journal**, Cambridge, MA, v. 13, p. 1-69, sept.
- RIEDEL, Eibe. 2009. The human right to health: conceptual foundations. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health**. Zurich: Ruffer & Rub, p. 21-39.
- SANTOS, Cecília MacDowell. 2007. Ativismo jurídico transnacional e o Estado: reflexões sobre os casos apresentados contra o Brasil na Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **SUR**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 27-57, dez. Disponível em: <http://www.surjournal.org/conteudos/getArtigo7.php?artigo=7,port,artigo_santos.htm>. Último acesso em: Dez. 2012.
- SEN, Amartya. 2010. Por que equidade na saúde? In: Amartya.; KLIKSBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 73-93.
- SMITH, George P. 2005. Human rights and bioethics: formulating a universal right to health, health care, or health protection? **Vanderbilt Journal of Transnational Law**, Nashville, TN, v. 38, n. 5, p. 1.295-1.321, nov.
- STEINER, Henry J.; ALSTON, Philip.; GOODMAN, Ryan. 2008. **International human rights in context: law, politics, morals**. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- TOEBES, Brigit C. A. 1999. The right to health as a human right in international law. Antwerpen: Intersentia.
- UNITED NATIONS. 1989. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. **Reporting by States parties: 24/02/1989**. General comment 1. (General Comments). Feb. 24th.
- UNITED NATIONS. 2000. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. **General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)**. Doc. UN E/C.12/2000/4, Aug. 11th, twenty-second session.

- UNITED NATIONS. 2003. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. **Rules of procedure of the Committee.** Doc. UN E/C.12/1990/4/Rev.1.
- UNITED NATIONS. 2006. International Human Rights Instruments. **Harmonized guidelines on reporting under the international human rights treaties, including guidelines on a common core document and treaty-specific documents.** Report of the Inter-Committee Technical Working Group. Doc. UN HRI/MC/2006/3, May 16th.
- UNITED NATIONS. 2008. Human Rights Council.. **Universal Report Review. Report of the Working Group on the Universal Periodic Review Brazil.** Doc. UN A/HRC/8/27, May. 22th, Eighth session.
- UNITED NATIONS. 2009a. Office of the Right Commissioner for Human Rights. **Survey on National Human Rights Institutions. Report on the findings and recommendations of a questionnaire addressed to NHRIs worldwide.** Jul. Geneva.
- UNITED NATIONS. 2009b. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. **Guidelines on treaty-specific documents to be submitted by States parties under articles 16 and 17 of the ICESCR.** Doc. UN. E/C.12/2008/2.
- WISEBERG, Laurie S. 1997. Human rights information and documentation. In: UNITED NATIONS. 1997 Office of the High Commissioner for Human Rights. **Manual on human rights reporting: under six major international human rights instruments.** Geneva, Switzerland: United Nations, p. 45-59.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2002. **Human rights day: advancing**

NOTAS

1. Usamos neste artigo o nome "sistema de apresentação de relatórios aos comitês de monitoramento de tratados", conforme proposto por Donnelly em seu livro "Direitos Humanos Internacionais" (DONNELLY, 1998).
2. Não temos a intenção de abordar o papel das organizações não-governamentais no processo de monitoramento de direitos humanos, embora reconheçamos sua influência vital em questões de direitos humanos, principalmente pelo fato de que as organizações não-governamentais produzem "relatórios sombra" para serem apresentados ao lado dos relatórios oficiais do Estado. Esta escolha é baseada em nosso objetivo de estudar o papel do governo na atividade de monitoramento dos direitos humanos porque há poucos estudos sobre isso e é nosso propósito contribuir para o governo brasileiro nessa área. Note-se também que essa escolha foi feita porque o sistema está

- desenhado em torno da relação do Estado-Nação com os indivíduos e grupos de cidadãos.
3. "Artigo 6º Educação, saúde, emprego, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados são direitos sociais, previstos na Constituição." (BRASIL, 1988).
4. Instituições Nacionais de Direitos Humanos são classificadas de acordo com os Princípios de Paris.
5. Essa informação foi acessada em junho de 2011 (UNITED NATIONS, 2009a).
6. Considerando que as informações obtidas diretamente de indivíduos são confidenciais, os pesquisadores têm a obrigação legal e ética de manter seus dados pessoais em sigilo. Assim, chamamos os agentes governamentais de: agente governamental 1, agente governamental 2 e agente governamental 3.

7. Há vários projetos de lei sobre esse assunto, como o Projeto de Lei da Câmara de Deputados N° 4667/04, que trata dos efeitos jurídicos derivados dos Organismos Internacionais de Direitos Humanos.
8. O Grupo de Trabalho foi criado por Resolução de abril de 2010 da Secretaria de Direitos Humanos.
9. De acordo com o Relatório do Grupo de Trabalho na Revisão Periódica Universal do Brasil: “o Brasil reforçou seu compromisso de criar novas ferramentas para monitoramento interno dos direitos humanos. Isto incluiria um sistema nacional de indicadores de direitos humanos e a elaboração de relatórios anuais sobre a situação dos direitos humanos, levando em conta, entre outros aspectos, um acompanhamento do exercício da RPU.” (UNITED NATIONS, 2008, p. 16).
10. “A própria imprecisão em relação às questões de medição, monitoramento e execução tem sido um obstáculo à aplicação de direitos econômicos, sociais e culturais úteis.” (SMITH, 2005).
11. As diretrizes do CDESC para documentos específicos de tratados a serem apresentados pelos Estados-Membros no termos dos Artigos 16 e 17 do PIDESC, elaborado em 24 de março de 2009, substituem as Diretrizes Gerais Revisadas (E/C.12/1991/1).
12. O Brasil ratificou o PIDESC em 24/02/1992 e seu relatório inicial, de acordo com o Artigo 17 do Pacto e a Resolução do Conselho 1988/4, deveria ser submetido dentro de dois anos a partir da entrada em vigor do Pacto e, depois disso, em intervalos periódicos de 5 em 5 anos.
13. “As informações que um Estado considera relevantes para ajudar os organismos de tratados a entender a situação do país devem ser apresentadas de maneira concisa e estruturada. Embora alguns Estados tenham arranjos constitucionais complexos que precisam ser refletidos em seus relatórios, estes não devem se alongar demasiadamente. Se possível, documentos fundamentais comuns não devem exceder 60-80 páginas, documentos específicos de tratados iniciais não devem exceder 60 páginas e documentos periódicos subsequentes devem se limitar a 40 páginas”. (UNITED NATIONS, 2006).
14. A Lei N° 10.683/03 (BRASIL, 2003) determina a competência geral do Ministério da Saúde e o Decreto N° 7.797/2012 estabelece a estrutura do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).
15. De acordo com o Comentário Geral N° 14, (UNITED NATIONS, 2000, par. 12) todas as instalações, bens e serviços de saúde devem atender critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e boa qualidade (a chamada “estrutura AAAQ”, da sigla em inglês). (Nota da editora).
16. As taxas de mortalidade infantil foram informadas por região e por expectativa de vida ao nascimento – expectativa de vida por gênero, região e estado.
17. Nota da editora: Canal Saúde é uma emissora de televisão do Sistema Único de Saúde (SUS), sediada na Fundação Oswaldo Cruz. Ver: <<http://www.canal.fiocruz.br/>>. Último acesso em: Dez. 2012.
18. Em março de 2009, o Brasil respondeu à lista de questionamentos (E/C.12/BRA/Q/2) para o CDESC, mas não analisamos as repostas, pois estas resultaram de uma provocação do CDESC e não de uma atividade espontânea de envio de informações.